

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2015

ны с использованием пакета Статистика.

Результаты и обсуждение. При подведении итогов анонимного анкетирования студентов-субординаторов нами была проведена комплексная оценка полученных результатов.

Так 11,1% субординаторов оценили свою профессиональную компетентность до прохождения производственной практики как низкую, а 81,5% субординаторов – как достаточную, только 7,4% субординаторов – как высокую. В то время как после прохождения производственной практики самооценка заметно изменилась: 22,2% студентов оценили свою профкомпетентность как высокую, 74,1% – как достаточную и только 3,7% студентов – как низкую.

Учитывая тот факт, что летняя производственная практика проводилась по трем профильным направлениям: терапия, хирургия, акушерство и гинекология, важной является оценка организации производственной практики на клинических базах. Качество организации прохождения производственной практики в терапевтическом и хирургическом отделениях оценили как низкое 4,9% студентов. В акушерско-гинекологическом отделении низко оценили качество организации прохождения производственной практики 7,4% субординаторов. Качество организации прохождения производственной практики в терапевтическом отделении оценили как достаточное 39,5% студентов и 55,6% студентов – как высокое. 35,8% субординаторов оценили качество организации прохождения производственной практики по хирургии как достаточное, а 59,3% субординаторов – как высокое. Качество организации прохождения производственной практики по акушерству и гинекологии оценили как достаточное 34,6% субординаторов, как высокое – 58% субординаторов.

Выводы. Основные знания, умения и навыки, полученные за время обучения в университете являются главной базой профессиональной компетентности врача. Они тщательно и досконально оттачиваются в процессе клинической работы студента с пациентами на занятиях и в большей степени при прохождении летней производственной практики, где студент непосредственно «у постели» пациента может ощутить ответственность

врача за жизнь пациента и ее полноценность. Грамотно спланированная и организованная производственная практика позволяет применить совокупность полученных теоретических знаний, а также усовершенствовать практические умения и навыки.

Наиболее доступным и субъективным способом оценки качества организации образовательного процесса является анонимное анкетирование студентов, которое позволяет провести эффективный сбор первичной статистической информации. Анализ и обобщение этой информации по итогам производственной практики позволяет оценить уровень образовательного процесса и профессиональных качеств студента, его способности к практическому использованию продуктивного клинического опыта.

Все это способствует эффективному педагогическому руководству процессом формирования профессиональной компетентности будущего врача-специалиста.

Таким образом, анкетирование студентов-субординаторов позволяет нам провести комплексный анализ каждого этапа образовательного процесса в медицинских ВУЗах «от теории к практике», а вернее будет сказать «от анатомички к постели больного» и своевременно выявить какие-либо недостатки в обучении, требующие корректировки.

Грамотно спланированное и эффективное педагогическое руководство процессом формирования профессиональной компетентности студентов возможно лишь при профессиональной готовности преподавателей к реализации компетентностного подхода в образовательном процессе, что позволит студентам принимать активное участие в разнообразных формах теоретической и практической работы.

Литература

1. Чеснокова, И.В. Этапы становления профессиональной компетентности врача в системе современного последиplomного образования.
2. Самооценка образовательной компетентности студентов стоматологического факультета ВГМУ / С.А. Кабанова [и др.] // Вести ВГМУ. – 2014. – Т. 13, № 1. – С. 110–114.

ВНЕДРЕНИЕ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ДАННЫХ О ВЗАИМОСВЯЗИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОРОГОМ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Счастливленко А.И., Подпалов В.П., Огризко Н.Н., Сорокина В.Г., Журова О.Н., Прокошина Н.Р.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из крупнейших в истории человечества неинфекционной пандемией, во многом определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности населения в настоящее время [1]. Особую тревогу вызывает высокое распространение АГ и её факторов риска среди трудоспособного населения, поскольку ранняя инвалидизация таких пациентов, снижение продолжительности их жизни,

необходимость интенсивного лечения и реабилитации, наносят достоверно значимый экономический урон для Республики Беларусь [2]. Многие исследователи докладывают о более высокой распространенности АГ у лиц, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях (ЗРТ) после аварии на Чернобыльской АЭС [3]. Принимая во внимание тот факт, что лица, проживающие на ЗРТ, в основном ведут личное хозяйство и за-

готовавливают консервированные продукты на зимне-весенний период, то следует предположить, что роль натрия в развитии АГ в данной группе населения достаточно велика. Известно, что повышенное потребление поваренной соли с пищей в количестве, превышающем физиологическую норму (3-4 г в сутки), считается одним из основных факторов риска АГ [4-6]. Однако учесть количество потребляемой поваренной соли у конкретного пациента достаточно сложно. Наиболее часто для получения представления об уровне потребления поваренной соли с пищей конкретным человеком используется определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС).

Цель работы – внедрение в учебный процесс на курсе повышения квалификации врачей методики определения ПВЧПС и расчет порогового уровня ПВЧПС, влияющего на распространенность АГ, для усовершенствования методов первичной и вторичной профилактики данного заболевания.

Материалы и методы. Размер выборки при одномоментном эколого-эпидемиологическом исследовании по данным исполкомов сельских Советов составил 829 человек в возрасте от 20 до 59 лет, проживающих ЗРТ с момента аварии на Чернобыльской АЭС. Из приглашенных участников было обследовано 636 лиц (отклик 76,7%). Были выделены три репрезентативные группы: первую группу составили лица, имеющие право на отселение, но продолжающие жить на ЗРТ с плотностью по ^{137}Cs от 5 до 15 Ки/км², в количестве 219 человек (обследовано 168 лиц, 82 женщины и 86 мужчин (отклик 76,7%)); вторую группу составили лица из зон периодического радиационного контроля с плотностью по ^{137}Cs от 1 до 5 Ки/км² в количестве 274 человека (обследовано 205 лиц, 100 женщин и 105 мужчин (отклик 74,8%)) и третью группу составили 336 человек, проживающие на «чистых» территориях с плотностью по ^{137}Cs от 0,2 до 1 Ки/км² (обследовано 263 лица, 131 женщина и 132 мужчины (отклик 78,3%)).

Программа обследования включала: опрос по стандартному опроснику о потреблении соли, антропометрические измерения, измерение артериального давления стандартным методом Короткова, регистрацию электрокардиограммы, определение ПВЧПС, психологическое тестирование и данные липидного скрининга.

Артериальное давление (АД) измерялось сфигмоманометром двукратно в положении сидя после 10-минутного отдыха с точностью до 2-х мм рт.ст. Учитывались средние значения АД из двух измерений. Согласно критериям ВОЗ/МОАГ (1999) в группу больных АГ, включали лиц, у которых уровень систолического АД достигал 140 мм рт.ст. и выше и/или диастолического АД – 90 мм рт.ст. и выше, а так же лиц с нормальным АД на фоне приема антигипертензивных препаратов в момент скрининга. О потреблении поваренной соли судили по уровню ПВЧПС, являющемуся, хотя и косвенным, но достаточно чувствительным методом. ПВЧПС определялся по модифицированной методике R.I. Henkin путем нанесения раствора NaCl в возрастающей концентрации по одной капле на переднюю треть языка [4]. Раствор NaCl получали разведением поваренной соли в дистиллированной воде в концентрациях от 0,03125 до 2% с увеличением ее

в каждой последующей пробе в 2 раза. За величину порога вкусовой чувствительности принимали ту наименьшую концентрацию раствора NaCl, при которой обследуемый впервые ощутил соленый вкус.

Статистическую обработку материала проводили с использованием программных средств пакетов «Statistica 10».

Результаты и обсуждение. Согласно классификации, предложенной Комитетом экспертов ВОЗ и Международным обществом по гипертензии в 1999 г., распространенность АГ была выше в первой чем в третьей группе (64,3% против 45,6%; $p < 0,001$). Во второй группе распространенность АГ составила 48,8% и достоверно не отличалась от третьей группы. Шанс развития АГ с поправкой на пол и возраст в первой группе был выше в 2,5 раза ($p < 0,001$) в сравнении с лицами из третьей группы.

В структуре АГ по степени тяжести мягкая гипертензия составила в первой группе – 56,5%, во второй – 57,0%, в третьей – 55,8%; умеренная гипертензия в первой группе – 24,1%, во второй – 27,0%, в третьей – 30,0%; тяжелая гипертензия (19,4%; 16,0%; 14,2% соответственно).

Средний уровень систолического и диастолического артериального давления был достоверно выше в первой группе в сравнении с третьей группой. Так в первой группе среднее систолическое и диастолическое АД составляет – 143,2 мм рт.ст. (95%ДИ 139,9-146,5 мм рт.ст.) и 90,4 мм рт.ст. (95%ДИ 88,4-92,4 мм рт.ст.); во второй группе – 139,5 мм рт.ст. (95%ДИ 136,3-142,7 мм рт.ст.) и 88,1 мм рт.ст. (95%ДИ 86,5-89,7 мм рт.ст.); в третьей группе – 138,7 мм рт.ст. (95%ДИ 136,2-141,2 мм рт.ст.) и 86,4 мм рт.ст. (95%ДИ 85,0-87,8 мм рт.ст.).

Распространенность АГ в зависимости от ПВЧПС представлена в таблице. Выявлено, что независимо от плотности ЗРТ, у лиц с ПВЧПС 0,5% и выше отмечается более высокая распространенность АГ ($p < 0,001$). Кроме того, необходимо отметить, что с увеличением плотности ЗРТ увеличивается достоверно распространенность АГ в подгруппе с ПВЧПС 0,25% и ниже ($df=2$; $p < 0,01$) и отмечается тенденция к увеличению распространенности АГ в подгруппе с ПВЧПС 0,5% и выше ($df=2$; $p < 0,1$).

По данным множественной логистической регрессии выявлено, что ПВЧПС 0,5% и выше ($df=12$; $p < 0,01$) является фактором риска распространенности АГ у населения, проживающего на ЗРТ, независимо от плотности ЗРТ, возраста, пола, профессиональной принадлежности, наследственной отягощенности по преждевременным сердечно-сосудистым заболеваниям, индекса массы тела, уровня тревожности по тесту М. Люшера, частоты сердечных сокращений, вовлеченности в курение, частого потребления алкоголя и уровня общего холестерина.

Связь между избыточным потреблением поваренной соли и повышением АД была замечена задолго до открытия методов измерения АД и диагностики АГ. Так, в древнем Китае во времена династии Западной Цзинь (265-316 гг.) доктор Ван Шухе (Wang Shuhe) создал «Канон о пульсе», согласно которому твердый пульс был связан с высоким потреблением поваренной соли. В настоящее время, имеются данные международного исследования Intersalt (1988), которое установило, что у лица в

возрасте 25-55 лет увеличение потребления поваренной соли на каждые 10 ммоль (0,6 г) приводит к повышению АД на 0,9 мм рт.ст. Кроме того, в ходе данного исследования, доказано, что уменьшение потребления поваренной соли до 100 ммоль (6 г) в сутки снижает сердечно-сосудистую смертность на 16% и риск возникновения инсульта на 23% [5]. Данные других популяционных исследований выявили взаимосвязь между потреблением поваренной соли с пищей и величиной ПВЧПС как у здоровых людей, так и у лиц, страдающих АГ [6].

Выводы:

1. Отработка теста на определение ПВЧПС в ходе практического занятия является простым и доступным методом первичной и вторичной профилактики АГ.

2. ПВЧПС 0,5% и выше является фактором риска распространенности АГ, независимо от плотности ЗРТ, возраста, пола, профессиональной принадлежности, наследственной отягощенности по преждевременным сердечно-сосудистым заболеваниям, индекса массы тела, уровня тревожности по тесту М. Люшера, частоты сердечных сокращений, вовлеченности в курение, частого потребления алкоголя и уровня общего холестерина.

Литература:

1. Бритов А.Н. Всесоюзная кооперативная программа борьбы с артериальной гипертензией среди

организованного населения // Бюлл. ВКНЦ АМН СССР. – 1983. – № 1. – С. 13-16.

2. Распространенность факторов риска в зависимости от уровней артериального давления в городской неорганизованной популяции (данные одномоментного исследования) / В.П. Подпалов, А.И. Счастливленко, А.Д. Деев, О.Н. Журова и др. // Кардиология в Беларуси. – № 4. – 11 с.

3. Подпалов В.П. Формирование дизадаптивного синдрома у населения, проживающего на территориях, загрязненных радионуклидами в результате аварии на Чернобыльской АЭС // Здоровье охранение Беларуси. – 1994. – № 5. – С. 36-39.

4. Некрасова А.А., Суворов Ю.И., Мусаев З.М. Патофизиологическая роль вкусовой чувствительности к поваренной соли и определение его при лечении больных гипертонической болезнью диуретиками // Бюлл. ВКНЦ АМН СССР. – 1984. – № 1. – С. 68-72.

5. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. Intersalt Cooperative Research Group // Br. Med. J. – 2003. – Vol. 297. – P. 319-328.

6. Уровень артериального давления и потребление поваренной соли у больных артериальной гипертензией / В.С. Волков, О.Б. Поселюгина, С.А. Нилова, С.А. Роккина // Артериальная гипертензия. – 2011. – № 1. – С. 69-73.

ФОРМИРОВАНИЕ И ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ УЧЕБНЫХ УМЕНИЙ СЛУШАТЕЛЕЙ ФАКУЛЬТЕТА ПРОФОРИЕНТАЦИИ И ДОВУЗОВСКОЙ ПОДГОТОВКИ СРЕДСТВАМИ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

Тригорлова Л.Е., Лузгина Н.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Основным критерием качественного образования должны стать его социальные результаты – у выпускника школы должны быть сформированы познавательные универсальные учебные действия (ПУУД), овладение которыми создает возможность самостоятельного успешного усвоения новых знаний, умений и компетентностей, включая организацию усвоения, т.е. умения учиться.

Наш опыт показывает, что большое количество абитуриентов неспособны самостоятельно организовать собственную деятельность, не умеют осуществлять поиск и анализ информации, выполнять универсальные логические действия – вот неполный перечень проблем, которые становятся преградой на пути прохождения абитуриентами централизованного тестирования (ЦТ).

В содержание педагогических тестов ЦТ включены задания, для выполнения которых требуются не только запоминание и понимание, но и владение ПУУД: приемами анализа, синтеза, обобщения, классификации, сравнения, умение перерабатывать информацию.

Поэтому одной из важнейших задач, стоящих перед преподавателями кафедры химии ФПДП, является оценка сформированности, формирование

и развитие ПУУД.

В педагогической практике для диагностики и формирования ПУУД используют различные формы и методы: учебные задания, ситуации, составление схем-опор, работа с таблицами, рисунками, тесты [1].

Мы считаем, что наиболее эффективным инструментом формирования, развития и проверки сформированности ПУУД являются специально составленные тестовые задания.

Цель. Оценка действенности заданий тестового контроля как средства формирования, развития и проверки сформированности ПУУД

Материал и методы. Материалом для обсуждения являются результаты, полученные при проведении тестового контроля со слушателями ФПДП, направленного для выявления степени сформированности ПУУД.

Результаты и обсуждение. Конструируя тестовые задания, мы должны ясно представлять себе, какую цель (помимо проверки знаний) ставим перед слушателями, т.е. какое ПУУД диагностируем, формируем и развиваем.

Приведем примеры тестовых заданий, направленных на формирование (проверку сформированности) ПУУД и соответствующую матрицу, об-